

Anamnesebogen für Kinder- und Jugendliche

I. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Geschlecht
Anschrift		
Festnetznummer und Mobilnummer	Emailadresse	
Krankenversicherung	Staatsangehörigkeit	

H. Angaben zu den Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Eltern leben = zusammen = getrennt, seit:

Kind lebt bei beiden Eltern Mutter Vater Sonstiges:

Sorgerecht Gemeinsames Sorgerecht
 Alleiniges Sorgerecht bei:

Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/Stellen

Vormund Wohngruppe Sonstiges

Name, Vorname der/des Vertretungsberechtigten	
Anschrift	Telefon- und Mobilnummer
Emailadresse	
Seit wann	

MUTTER

leibliche Mutter Adoptivmutter Pflegemutter Stiefmutter

Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Anschrift (falls abweichend)

Telefon- und Mobilnummer Emailadresse

Beruf

Vollzeit Teilzeit Erwerbslos Hausfrau

Gibt es bei Ihnen psychische und/oder körperliche Erkrankungen oder andere Belastungen?

Wie würden Sie Ihr Erziehungsverhalten/ Ihren Erziehungsstil beschreiben:

Gab es Belastungen/einschneidende Erlebnisse in Ihrer Kindheit oder Jugend?

Beschreiben Sie bitte Ihre Mutter in drei Worten:

Haben Sie aktuell Kontakt zu Ihrer Mutter?

Beschreiben Sie bitte Ihren Vater in drei Worten:

Haben Sie aktuell Kontakt zu Ihrem Vater?

VATER

- leiblicher Vater Adoptivvater Pflegevater Stiefvater

Name, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Anschrift (falls abweichend)

Telefon- und Mobilnummer

Emailadresse

Beruf

- Vollzeit Teilzeit Erwerbslos Hausmann

Gibt es bei Ihnen psychische und/oder körperliche Erkrankungen oder andere Belastungen?

Wie würden Sie Ihr Erziehungsverhalten/ Ihren Erziehungsstil beschreiben?

Gab es Belastungen/einschneidende Erlebnisse in Ihrer Kindheit oder Jugend?

Beschreiben Sie bitte Ihre Mutter in drei Worten:

Haben Sie aktuell Kontakt zu Ihrer Mutter?:

Beschreiben Sie bitte Ihren Vater in drei Worten:

Haben Sie aktuell Kontakt zu Ihrem Vater?:

III Angaben zu Geschwistern, Halbgeschwistern (HG), Stiegeschwistern (SG)

(führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Schule

Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiegeschwister) leben mit im Haushalt?

Wie ist die Beziehung zu den Geschwistern?

Gibt es bei den Geschwistern körperliche oder psychische Probleme?

IV. Entwicklungsschritte

1. Geburt

Alter der Mutter bei Geburt _____ Jahre

Geplante Schwangerschaft nein ja Kinderwunschbehandlung nein ja

Schwangerschaftskomplikation nein ja, welche:

Haben Sie als Mutter/Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?

körperlich: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend
psychisch: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend

Die nächsten Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang: _____
Geburt in Schwangerschaftswoche: _____ Apgar-Werte: ____ / ____ / ____

Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt

nein

ja

beim Kind:

bei der Mutter:

Geburtsmodus: Spontangeburt Zangengeburt Vakuumextraktion Geplanter Kaiserschnitt

Not-Kaiserschnitt

Dauer der Geburt: _____

Was war Ihr erster Gedanke, als Sie Ihr Kind gesehen haben?:

2. Entwicklung im Kleinkindalter

a) Meilensteine der Entwicklung

freies Sitzen	mit	_____ Monaten
Laufen	mit	_____ Monaten
Erste Worte	mit	_____ Monaten
Erste Sätze	mit	_____ Monaten
Tags trocken	mit	_____ Monaten
Nachts trocken	mit	_____ Monaten

3. Gab es Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Schlafen, Essen, in sozialen Kontakten)

4. Spielverhalten im Kleinkindalter

Was spielte ihr Kind gerne?

Konnte es sich alleine beschäftigen?

nein ja

Wie war der Kontakt zu gleichaltrigen Kindern?

5. Verhalten und Emotionen

Konnte Ihr Kind im Kleinkindalter Gefühle zeigen und Gefühle anderer Personen erkennen?

Wie war die Trotzphase?

6. Vorschulische Entwicklung

Besuch Krippe nein ja Zeitraum: Ort:

Besuch Kindergarten

nein ja Zeitraum:

Ort:

Wie war die Eingewöhnung? Welcher Elternteil begleitete die Eingewöhnung? Zeigte es Trennungsschwierigkeiten?

Gab es einen Kindergartenwechsel? Gab es belastende Ereignisse während der Kindergartenzeit?

Wie war das Verhalten Ihres Kindes gegenüber anderen Kindern? Spielte es mit anderen Kindern? Gab es Konflikte? War Ihr Kind im Kontakt schüchtern oder offen?

8. Schulische Entwicklung

Tag der Einschulung:

Welche Schule:

Gab es einen Schulwechsel, und falls ja, warum?:

Aktuelle Schule und Klasse:

Klassenlehrer/In:

Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernstoff)?

Was sind die schulischen Stärken Ihres Kindes?

Was sind die schulischen Schwächen Ihres Kindes?

Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen?

V Freizeit/Familienleben

Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigungen und Hobbies (evtl. Verein) Ihres Kindes:

Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes:

Wieviel Medienzeit (PC, Fernseher, Handy, Konsole...) hat Ihr Kind am Tag? In der Woche?

Welche Regeln gibt es für Ihr Kind?

Wie oft trifft es Freunde in der Woche?

Welche gemeinsamen Familienaktivitäten gibt es?

Welche Konsequenzen/Strafen gibt es?

Wie trösten Sie ihr Kind?

Beschreiben Sie bitte die Beziehung Ihres Kindes zur Mutter:

Beschreiben Sie bitte die Beziehung Ihres Kindes zum Vater:

9. Schwerwiegende Ereignisse

Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste, Streit, Trennung, Gewalt, Unfälle) in der Familie oder im familiären Umfeld?

- nein
 - ja, folgende:

Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen in der Familien oder bei Verwandten?

VI Körperliche Gesundheit

Körpermaße:

derzeitige Körpergröße Ihres Kindes:
derzeitiges Gewicht Ihres Kindes:

chronische Erkrankungen:

Wurde Ihr Kind schon im Krankenhaus behandelt?

Liegen Allergien vor? Welche:

Werden Medikamente eingenommen?

Name des/der Medikament(e):

Dosierung:

Seit wann:

Grund der Verschreibung:

Therapien/ Vorbehandlungen : **Name** **Behandler** **Zeitraum**

Logopädie:

Physiotherapie:

Ergotherapie:

Kinderarzt:

ambulante Psychotherapie:

teil-/stationärer Aufenthalt in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen:

Erziehungsberatungsstellen:

Bitte bringen Sie ggf. Vorbefunde zum Erstgespräch mit.

VII Sonstiges

Gibt es aktuell weitere wichtige körperliche oder psychische Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden? (Schlafprobleme, Schmerzen, akute oder chronische Erkrankungen, psychische Probleme)

Beim Kind:

Innerhalb der Familie:

Was wünschen Sie sich von der Therapie?

Was haben Sie selbst schon probiert, um das Problem zu lösen?

Was wäre anders, wenn das Problem bereits gelöst wäre?

Was möchten Sie noch mitteilen?

Vielen herzlichen Dank für's Ausfüllen!